



Fall-Nr.: IV 2008/163
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 02.07.2020
Entscheiddatum: 01.10.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 01.10.2009

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung durch einen Einkommensvergleich
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1.
Oktober 2009, IV 2008/163).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-
Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 1. Oktober 2009

in Sachen

H.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch lic. iur. Ludwig Coray, Via Ritschas 32, 7013 Domat/Ems,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

H.____ meldete sich am 27. Februar 2006 zum Bezug von IV-Leistungen an. Dr. med. A.____ berichtete der IV-Stelle am 18. September 2006, die Versicherte leide an chronischen Lumbalgien mit therapieresistentem lumbovertebrogenem und lumbaradikulärem Reiz- und Ausfallsyndrom links bei grosser links-mediolateraler Diskushernie L5/S1 (St. n. mikrochirurgischer Diskektomie am 29. Mai 2006), mit multisegmentaler Chondrose und Spondylarthrosen von LWK 3 bis S1 und mit Hyperlordose der LWS/linkskonvexer Skoliose mit deutlich ungünstiger Statik, an einer Adipositas permagna, an einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (rezidivierend) und– ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an Diabetes mellitus, chronischen Ein- und Durchschlafstörungen und an Hyster- und Ovarrektomie. Seit dem 18. Januar 2006 sei die Versicherte als Wirtin zu 100% arbeitsunfähig. Nach der Diskektomie sei passager eine Besserung eingetreten. Dann seien wieder linksseitige Lumbalgieschmerzen aufgetreten, die eine transdermale Morphin-Gabe erfordert hätten. Zudem sei es zu einer Aggravation der ohnehin latent vorhandenen depressiven Symptomatik mit vermehrter Bettlägerigkeit (sowohl schmerz- als auch psychisch bedingt) gekommen. Die Versicherte klagte auch über fibromyalgieartige Beschwerden mit Schwellungsgefühl und Morgensteifigkeit der Finger. Bei der körperlichen Untersuchung hätten sich diverse schmerzhafte Triggerpunkte und Tenderpoints im Bereich der gesamten Rückenmuskulatur gefunden. Ausserdem habe die Versicherte über Druckschmerzen über den Dorn- und Querfortsätzen der unteren LWS geklagt. Die grossen Gelenke seien frei beweglich gewesen. Trotz Dauermedikation mit einem SSRI und entsprechender Dosisanpassung bestehe eine mässig gedrückte, klagende, lustlose Stimmungslage. Die Versicherte wolle, könne sich aber nicht aufraffen. Insbesondere das Heben schwerer Lasten (über 10 kg) und längeres Stehen oder Sitzen aggravierten die LWS-Schmerzen und deren Ausstrahlung. Die massiv adipöse Diabetikerin könne allein von der körperlichen Konstitution her (BMI > 40) nur noch in ganz beschränktem Ausmass körperlich belastende Arbeiten ausführen. Die IV-Stelle nahm am 30. Januar 2007 eine Haushaltsabklärung vor. Dabei stellte sie fest, dass der Restaurantbetrieb nichts einbrachte, so dass geplant war, den Ende 2007 auslaufenden Pachtvertrag nicht zu verlängern. Die Abklärungsperson hielt im Abklärungsbericht abschliessend fest, die Versicherte könne aufgrund ihrer persönlichen Situation als vollerwerbstätig qualifiziert werden. In den individuellen



Beitragskonten finde sich keine Konstanz. Mangels geschäftlichen Erfolgs gebe es keine verlässlichen Zahlen zur Bestimmung des Valideneinkommens. Da die Versicherte eine Witwenrente erhalte, käme es bei einer Teilinvalidität zu einer ganzen Invalidenrente.

B.

B.a Die IV-Stelle beauftragte am 11. April 2007 das Medizinische Gutachterzentrum St. Gallen (MGSG) mit einer Abklärung. Dr. med. B.____ berichtete in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 4. Dezember 2007, die Versicherte leide an einer neurasthenischen Leistungsminderung, an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einem schädlichen Gebrauch von Analgetika. Die erste Diagnose beruhe auf der anamnestischen Angabe von abnorm verminderter Leistungsfähigkeit und gesteigerter Ermüdbarkeit nach geringsten Belastungen. Als ergänzende anamnestische Kriterien lägen die von der Versicherten geklagten körperlichen Schmerzen, die Schwindelgefühle, die Spannungskopfschmerzen, die Schlafstörungen und affektive Labilität vor. Die Diagnose einer neurasthenischen Leistungsminderung stehe für die intrapsychisch verfestigte Überzeugung, vermindert leistungsfähig zu sein und einen vermehrten Erholungsbedarf zu haben. Teile der Anamnese wiesen auf eine relative Bewusstseinsnähe (Verdeutlichung, Aggravation) hin. Die angeführte Schädigung führe auf der Fähigkeitsebene zu einer von der Versicherten selbst erlebten Minderung von Antrieb und Ausdauer. Eine zumindest teilweise Überwindung der Störung durch eine zumutbare Willensanstrengung erscheine als möglich. An Ausnahmekriterien könnten angeführt werden: somatische Begleitmorbidity, wechselhafte und belastete Biographie mit partiellem Verlust der sozialen Integration, sekundärer Krankheitsgewinn. In der zweiten Diagnose, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, sei der anamnestische Vortrag der Versicherten (körperliche Schmerzen in wechselnder Lokalisation) zusammengefasst. Auch hier gelte, dass die Störung durch eine zumutbare Willensanstrengung zumindest teilweise überwunden werden könnte. Es handle sich jeweils um einen stabilen Gesundheitsschaden. Der Beginn könne auf die postoperativen Klagen der Versicherten (7/2006) datiert werden. Beim schädlichen Gebrauch von Analgetika handle es sich um eine Nebendiagnose mit quantitativ und qualitativ geringen Auswirkungen auf der Fähigkeitsebene. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe für die



St.Galler Gerichte

angestammte Tätigkeit als Gastwirtin eine Arbeitsfähigkeit von 75%. Es gebe keine angepasste Tätigkeit, in der die Arbeitsfähigkeit höher wäre.

B.b Dr. med. C.____ führte am 5. Dezember 2007 aus, die Versicherte habe über dumpfe Schmerzen in der Schulter rechts mehr als links geklagt, die in den Nacken und die Oberarme ausstrahlten und den Schlaf störten. Weiter habe sie angegeben, das Heben und Tragen von Lasten sei nicht speziell schmerzhaft, hingegen seien Arbeiten über der Horizontalen dolent. Gefühlsstörungen und Lähmungen der oberen Extremitäten habe sie verneint. Seit sechs Monaten bestünden dumpf zunehmende Schmerzen im Ellbogen links mehr als rechts, die aber nur bei Druck auf den Ellbogen aufträten. Der Schlaf sei dadurch nicht gestört, das Heben und Tragen von Lasten gut möglich. Schwellungen, Instabilitätsgefühle und Blockaden seien verneint worden. Nach dem Eingriff 2006 hätten die dumpfen lumbalen Schmerzen zugenommen. Sie strahlten in beide Hüften und in den rechten Oberschenkel aus und manifestierten sich auch nachts. Das Sitzen und das Gehen seien schmerzbedingt auf 30 Min. limitiert. Die Beschwerden verstärkten sich beim Bücken und beim Heben und Tragen von Lasten. Am gesamten rechten Oberschenkel bestehe ein Taubheitsgefühl. Die Versicherte gebe aber keine Lähmungen und auch keine Miktionsstörungen an. Sie klage zudem über stechende ventrale Kniegelenksschmerzen beidseits und über nachts unruhige Beine, aber sie verneine Schwellungen, Blockaden oder ein Instabilitätsgefühl der Kniegelenke. Dr. med. C.____ gab folgende Diagnose an: arthrotische Veränderungen des linken Ellbogengelenks bei St. n. Osteosynthese 1986, Spondylarthrose L3 bis S1 bei St. n. Diskektomie L5/S1 links 05/06 und linkskonvexer Skoliose, beginnende Gonarthrose rechts und links bei varischem Alignment der rechten unteren Extremität, Adipositas per magna, Ansatzendinopathie der Supraspinatussehne rechts, Senk-/ Spreizfüsse, Nikotinabusus und Diabetes mellitus. Er führte aus, die Schulterschmerzen beidseits und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben seien bei quasi normalem radiologischem Befund im angegebenen Ausmass nicht nachvollziehbar. Die Ellbogenschmerzen links seien mit der radiologisch sichtbaren leichten bis mässigen Arthrose vereinbar. Rechts seien die Schmerzen nicht plausibel und für eine Epicondylitis medialis humeri fehlten weitere Untersuchungsbefunde. Die lumbalen Schmerzen und die abnormen objektiven Befunde der LWS seien zumindest teilweise durch die radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen bedingt. Allerdings könnten die Ausstrahlung der Schmerzen und die Hypaesthesia des



gesamten rechten Beins bei radiologisch fehlender neuraler Kompression nicht plausibilisiert werden. Die beidseitigen Knieschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben seien mit der radiologisch dargestellten leichten bis mässigen Gonarthrose rechts und links vereinbar. Dr. med. C. ___ gelangte zur Auffassung, dass körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend oder stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig inklinierte, reklinierte, rotierte Körperhaltungen oder knieende Positionen eingenommen werden müssten und die nicht mit regelmässigem Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg verbunden seien, bei voller Stundenpräsenz zu ca. 80% zugemutet werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75% bei voller Stundenpräsenz. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei auf den Zeitpunkt der Begutachtung festzulegen, da die geschilderten Beschwerden vorher nicht umfassend abgeklärt und dokumentiert gewesen seien.

C.

Mit einem Vorbescheid vom 23. Januar 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Rentengesuch abzuweisen, da der Invaliditätsgrad lediglich 33% betrage. Der Einkommensvergleich beruhte für beide Seiten auf demselben statistischen Durchschnittseinkommen, das zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens um die Arbeitsunfähigkeit von 25% und anschliessend um einen weiteren Abzug von 10% reduziert wurde. Die Versicherte liess am 25. Februar 2008 einwenden, ihr Gesundheitszustand sei erheblich schlechter als im Gutachten beschrieben. Aufgrund des Beschwerdebildes seien die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht nachvollziehbar. Sie beantrage eine Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und eine zusätzliche Abklärung beispielsweise in der Form einer EFL. Der zusätzliche Abzug sei mit 25% anzunehmen. Die IV-Stelle erliess am 6. März 2008 eine Abweisungsverfügung.

D.

D.a Die Versicherte liess am 1. April 2008 Beschwerde erheben und sinngemäss beantragen, die Sache sei zur weiteren medizinischen Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Eventualiter sei eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Begründung liess



sie ausführen, der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verschlimmert. Die Schmerzen hätten sich ausgeweitet und sie hätten stark zugenommen. Sie werde neue medizinische Akten und eine aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachreichen. Dazu ersuche sie um die Sistierung des Beschwerdeverfahrens. Die Gerichtsleitung bewilligte die Sistierung. Am 27. Juni 2008 liess die Versicherte mitteilen, dass sie bis 23. Mai 2008 hospitalisiert gewesen sei. Dabei sei eine Kniearthrose beidseits diagnostiziert worden. Zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit seien ein orthopädisches und ein psychiatrisches Konsilium vorgesehen. Am 25. Februar 2009 liess die Versicherte ausführen, sie habe der IV-Stelle das Gesuch gestellt, anhand der neuen medizinischen Berichte die angefochtene Verfügung zurückzunehmen und neu über die Rente zu befinden. Die IV-Stelle habe geantwortet, dass sie an der angefochtenen Verfügung festhalte, da fachärztlich keine Befundänderungen oder -verschlechterungen begründet seien. Die Versicherte liess weiter geltend machen, die medizinischen Berichte seien kontrovers. Seit April 2008 attestierten die Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit. Nun seien die Diagnosen einer Gonarthrose beidseits und eines Verdachts auf eine Coxarthrose beidseits gestellt worden. Die IV-Stelle sei nur von einer beginnenden Gonarthrose rechts ausgegangen. Im jüngsten Bericht des Hausarztes sei zudem von einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung und von einem Verdacht auf eine Herzinsuffizienz die Rede. Eine fachärztliche Begutachtung sei daran gescheitert, dass der Krankenversicherer keine Kostengutsprache erteilt habe. Die IV-Stelle habe der Versicherten einen Rollstuhl zugesprochen. Unter diesen Umständen seien die Schlussfolgerungen der Sachverständigen des MGSG sehr fraglich.

D.b Die Ita Wegmann Klinik in Arlesheim hatte in ihrem Austrittsbericht vom 9. Juni 2008 ausgeführt, die Versicherte sei vom 16. April bis 23. Mai 2008 hospitalisiert gewesen. Die Versicherte leide an chronischen immobilisierenden Gelenkschmerzen mit akuter Exazerbation im linken Knie (Gonarthrose beidseits), an einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung mit rezidivierenden mittelschweren depressiven Episoden, an chronischen Lumbalgien (therapieresistentes lumbovertebrogenes und lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom links bei grosser mediolateraler Diskushernie L5/S1, multisegmentale Chondrose und Spondylarthrosen von LWK3 bis S1 und Hyperlordose der LWS/linkskonvexe Skoliose), an einem Diabetes mellitus Typ II und an einer Adipositas per magna. Weiter wurde im Austrittsbericht ausgeführt, die



St.Galler Gerichte

Versicherte sei in stark reduziertem Allgemeinzustand eingetreten. Im Vordergrund hätten die stark immobilisierenden Schmerzen vor allem im linken Knie und auch im LWS-Bereich gestanden. Ohne angemessene analgetische Therapie habe sich die Versicherte gar nicht bewegen können. Mit Hilfe der intensiven Therapie habe eine langsame Besserung der Schmerzproblematik erzielt werden können. Vor allem von der Sprachtherapie habe die Versicherte profitiert. Allerdings seien auch beim Austritt noch starke Einschränkungen vorhanden gewesen. Die Versicherte sei nach wie vor nicht in der Lage gewesen, längere Strecken zu Fuss zurückzulegen. Sie habe in der Vergangenheit einige Traumata erlebt, mit denen sie sich nie richtig auseinandergesetzt habe. Sie nehme ein Antidepressivum ein. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres 100%. Die Klinik hatte am 10. Juli 2008 einen Bedarf der Versicherten nach einem Rollstuhl bestätigt, worauf die IV-Stelle die Abgabe dieses Hilfsmittels bewilligt hatte. Dr. med. D.____ hatte am 28. November 2008 gegenüber dem Rechtsvertreter der Versicherten ausgeführt, aufgrund der multifaktoriellen, komplexen internistischen, psychosozialen und orthopädischen Situation sei die Prognose sehr schlecht.

E.

Dr. med. E.____ vom RAD Ostschweiz hatte dazu am 12. Februar 2009 festgehalten, die gut dokumentierten Befunderhebungen an der rheumatologischen Schmerzklinik (Bethesda-Spital) hätten einen mit dem Gutachten übereinstimmenden Befund ergeben. Befundverschlechterungen oder –änderungen seien fachärztlich nicht begründet. Die IV-Stelle beantragte deshalb in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte zur Begründung aus, die Begutachtung sei von einer qualifizierten Fachstelle vorgenommen worden. Das Gutachten entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen. Es lägen keine neuen Diagnosen vor. Die Arztberichte vermöchten keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben im Gutachten zu wecken und erst recht vermöchten sie selbst nicht zu überzeugen. Es sei zu recht von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% ausgegangen worden. Eine Erhöhung des zusätzlichen Abzugs von 10% auf insgesamt 25% sei nicht gerechtfertigt, unter anderem weil ältere Hilfsarbeiterinnen nicht weniger verdienten als jüngere Hilfsarbeiterinnen.

Erwägungen:



1.

Die berufliche Karriere und die familiäre Situation der Beschwerdeführerin (keines der Kinder ist mehr betreuungsbedürftig) lassen ohne weiteres auf eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit im fiktiven "Gesundheitsfall" schliessen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht nicht die sogenannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung angewendet, sondern einen reinen Einkommensvergleich durchgeführt. Dabei ist gemäss Art. 16 ATSG das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung verbliebene Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Dazu liegen abweichende ärztliche Angaben vor. Während die Gutachter des MGSG eine Arbeitsunfähigkeit von insgesamt lediglich 25% festgestellt haben, sind die behandelnden Ärzte von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Zunächst ist zu prüfen, ob sich nach der Begutachtung durch das MGSG eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hat, wie die Beschwerdeführerin in bezug auf ihre körperlichen Beschwerden sinngemäss geltend gemacht hat. Dabei ist zu beachten, dass die im vorliegenden Verfahren zu beurteilende Sachverhaltsentwicklung mit dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung endet. Nach diesem Zeitpunkt allenfalls eingetretene Veränderungen des Gesundheitszustandes wären demnach unbeachtlich. Die Begutachtung ist im September (orthopädisch) und im Dezember (psychiatrisch) 2007 erfolgt. Die angefochtene Verfügung datiert vom 6. März 2008. Demnach ist zu prüfen, ob sich in der Zeit zwischen September 2007 und anfangs März 2008 eine Verschlimmerung eingestellt hat, welche die Differenz in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen erklären würde. Die Beschwerdeführerin hat sich nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung mehrere Wochen in der Ita Wegmann Klinik in Arlesheim aufgehalten. Die im Austrittsbericht dieser Klinik am 9. Juni 2008 angegebenen somatischen Diagnosen stimmen nach der Art der Beeinträchtigung mit denjenigen im orthopädischen Teil des MGSG-Gutachtens überein. Die Ärzte der Klinik haben keineswegs erstmals eine beidseitige Gonarthrose festgestellt, wie die



Beschwerdeführerin geltend macht, denn im orthopädischen Gutachten findet sich der Hinweis auf eine leichte bis mittelgradige Ausprägung dieser Krankheit an beiden Knien. Auch in bezug auf die Rückenbeschwerden decken sich die gestellten Diagnosen. Die vom orthopädischen Gutachter festgestellten Armbeschwerden fehlen im Austrittsbericht der Klinik. In bezug auf die somatischen Diagnosen weist also nichts auf eine bis zum Klinikaufenthalt eingetretene erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustandes hin. Dasselbe gilt für die Schwere der diagnostizierten Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit. Die Ansichten dazu divergieren zwar erheblich, aber es fehlt ein Hinweis darauf, dass dies auf eine in den wenigen Monaten zwischen der orthopädischen Begutachtung und dem Klinikaufenthalt eingetretene Verschlimmerung zurückzuführen wäre. Insbesondere zeigte die einzige neue radiologische Aufnahme, diejenige der beiden Kniegelenke vom 16. April 2008, offenbar keine relevante Verschlechterung. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Differenz in der Einschätzung der Schwere der körperlichen Beeinträchtigung – und damit auch der Arbeitsunfähigkeit – nicht auf eine Verschlimmerung, sondern nur auf eine unterschiedliche Beurteilung eines unveränderten somatischen Gesundheitszustandes zurückzuführen ist. Dem orthopädischen Teil des Gutachtens kann also nicht mit der Begründung der Beweiswert abgesprochen werden, der Gesundheitszustand habe sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erheblich verschlechtert, so dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung überholt sei. In bezug auf die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit liegen abweichende Diagnosen vor. Der psychiatrische Gutachter des MGSG hat eine neurasthenische Leistungsminderung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt und die Ärzte der Ita Wegmann Klinik haben eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mit rezidivierenden mittelschweren depressiven Episoden diagnostiziert. Dahinter kann keine Verschlimmerung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung stehen, denn eine neurasthenische Leistungsminderung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung können sich nicht durch eine fortschreitende Verschlimmerung der Gesundheitsbeeinträchtigung in eine posttraumatische Belastungsstörung verwandeln. Bei der Abweichung in der Diagnosestellung handelt es sich also offenkundig um eine abweichende Einschätzung ein und derselben Krankheit. Damit gilt auch für den psychiatrischen Teil des MGSG-Gutachtens, dass ihm nicht der Beweiswert mit dem



Argument abgesprochen werden kann, die Sachlage habe sich seither erheblich verändert, so dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung überholt sei.

2.

Während der orthopädische Gutachter den Knie- und den Rückenbeschwerden bezogen auf die Ausübung einer der Behinderung bestmöglich Rechnung tragenden Erwerbstätigkeit nur eine bescheidene Relevanz für die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat, sind die Ärzte der Ita Wegmann Klinik davon ausgegangen, dass sich die Beschwerdeführerin ohne analgetische Therapie gar nicht hätte bewegen können, ja dass sie sogar einen Rollstuhl benötigt habe. Damit sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. Bei der Würdigung dieser äusserst pessimistischen Einschätzung ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin selbst völlig davon überzeugt gewesen ist, durch die Beeinträchtigung ihrer körperlichen Gesundheit massiv eingeschränkt zu sein. Es ist davon auszugehen, dass sie diese Überzeugung während des Klinikaufenthalts konsequent geäussert und umgesetzt, also eine massive körperliche Einschränkung demonstriert hat. Dem erfahrenen orthopädischen Gutachter ist die Abweichung zwischen der objektiv bestehenden Schwere der körperlichen Beschwerden und der subjektiven Behinderungsüberzeugung nicht entgangen, da seine Untersuchung insbesondere auch darauf gerichtet gewesen ist, derartige Abweichungen festzustellen, um ein objektives Begutachtungsergebnis liefern zu können. Demgegenüber sind die Klinikärzte, die der Beschwerdeführerin rein therapeutisch begegnet sind, nur damit befasst gewesen, die Gesundheitssituation zu verbessern. Zwar würde auch dies an sich die Kenntnis der objektiv bestehenden gesundheitlichen Situation erfordern, aber die Erfahrung zeigt, dass die von einer versicherten Person geklagten und konsequent demonstrierten Gesundheitsbeeinträchtigungen von den Therapeuten in der Regel als objektiv gegeben akzeptiert werden. Davon ist auch im vorliegenden Fall auszugehen. Das bedeutet, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Ärzte der Ita Wegmann Klinik und des Hausarztes, soweit sie sich auf die Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit beziehen, nicht zu überzeugen vermögen. Sie vermögen auch die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung des orthopädischen Gutachters nicht zu erschüttern, zumal behandelnde Ärzte erfahrungsgemäss dazu neigen, unbewusst die pessimistische Selbsteinschätzung ihrer Patienten zu übernehmen und in die



Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen zu lassen. Insbesondere wird dabei oft übersehen, dass die der Bemessung des Invalideneinkommens zugrunde zu legende Arbeitsfähigkeit auf der Fiktion beruht, dass die versicherte Person die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erbringe. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei einer auf die Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit beschränkten Sichtweise in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu 75% arbeitsfähig ist.

3.

Die Ärzte der Ita Wegmann Klinik haben die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung damit begründet, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit einige Traumata erlebt und dass sie sich damit nie richtig auseinandergesetzt habe. Gemäss den Angaben im Austrittsbericht vom 9. Juni 2006 ist diese Störung begleitet von mittelschweren depressiven Episoden. Im psychiatrischen Gutachten finden sich keine Hinweise auf mittelgradige depressive Episoden. Die dafür typischen Symptome sind gemäss den Ausführungen im psychiatrischen Gutachten jedenfalls nicht in jenem Ausmass vorhanden, dass sie eine mittelgradige Ausprägung der Depression belegen würden. Insbesondere fehlen Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin grosse Schwierigkeiten hätte, die alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen. Gemäss ihren Angaben zum Tagesablauf steht die Beschwerdeführerin zu einer normalen Zeit auf, füttert ihre Katzen, trinkt Kaffee, nimmt ihre Medikamente ein, ist um 08:30 Uhr angezogen, räumt ihre beiden Zimmer auf, beaufsichtigt anschliessend ihre Enkel, hilft nach dem Mittagessen beim Geschirrabwaschen, macht mit den Enkeln am Nachmittag die Hausaufgaben und nimmt schliesslich mit der Familie das Nachtessen ein. Das mag zwar im Vergleich zur früheren Tätigkeit als Wirtin ein beschauliches Leben sein, aber es spricht nicht für grosse Schwierigkeiten bei der Fortsetzung der alltäglichen Aktivitäten, wie sie gemäss ICD-10 F32.1 für eine mittelgradige Depression normal sind. Hingegen können durchaus durch die somatoforme Schmerzstörung bewirkte leichte depressive Symptome vorliegen. Diese gehören aber ebenfalls zu den durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen, zumal die somatische Komorbidität nur im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung und damit nur aus der subjektiven Sicht der Beschwerdeführerin eine erhebliche Schwere



aufweist. Im Austrittsbericht der Klinik wird zwar – anders als im Gutachten - die Einnahme eines Antidepressivums bejaht, aber die Dosierung entspricht der Norm (vgl. www.holstenpharma.de/fachweise/Paroxspc.pdf vom 4. September 2009 neues Fenster), obwohl bei der von den Klinikärzten unterstellten Wirkungslosigkeit (rezidivierende depressive Episoden trotz der vom Hausarzt verordneten antidepressiven Medikation) wohl eine Erhöhung oder ein Wechsel unumgänglich gewesen wäre. Das weist darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in bezug auf allfällige depressive Symptome während des Klinikaufenthalts objektiv wenig beeinträchtigt gewesen ist, zumal sie offenbar nie an der Teilnahme an den Therapien gehindert oder dabei eingeschränkt leistungsfähig gewesen ist. Die von den Klinikärzten angegebene posttraumatische Belastungsstörung setzt ein Ereignis oder eine Situation katastrophalen Ausmasses oder aussergewöhnlicher Bedrohung voraus, die bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Worin dieses Trauma oder die Katastrophe bei der Beschwerdeführerin bestanden haben soll, wird im Austrittsbericht der Ita Wegmann Klinik nicht angegeben. Im psychiatrischen Gutachten ist lediglich angegeben worden, die Beschwerdeführerin habe einen mehrfachen "Missbrauch" im ganz frühen Kindesalter erwähnt. Aber weder in diesem Gutachten noch im Austrittsbericht werden die typischen Symptome wie Flashbacks, Albträume, Betäubtsein/emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umwelt gegenüber (vgl. ICD-10 F43.1) beschrieben. Unter diesen Umständen kann dem Austrittsbericht der Ita Wegmann Klinik auch in bezug auf die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kein ausreichender Beweiswert für die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100% beigemessen werden. Der Beweiswert dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag auch nicht den Beweiswert der Schätzung des psychiatrischen Gutachters zu erschüttern. Zwar erscheint das psychiatrische Gutachten als in seiner zusammenfassenden Beurteilung knapp, aber sowohl die Einschränkung selbst als auch deren Überwindbarkeit durch eine zumutbare Willensanstrengung lassen sich nachvollziehen. Es steht deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des nicht überwindbaren Teils der Überzeugung, vollständig arbeitsunfähig zu sein, aus rein psychiatrischer Sicht effektiv zu 25% arbeitsunfähig ist. Da sich sowohl die somatisch als auch die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit auf eine vollzeitliche Beschäftigung



mit reduziertem Rendement (langsameres Arbeitstempo und/oder vermehrte Pausen) beziehen, ist eine volle oder auch nur teilweise Addition dieser Arbeitsunfähigkeiten unzulässig: Die zur Erholung der Psyche notwendige Pause dient gleichzeitig auch der körperlichen Erholung. Der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist deshalb ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% zugrunde zu legen.

4.

Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt. Sie hat sich zwar längere Zeit als selbständige Gastwirtin betätigt und damit Berufserfahrung im Gastgewerbe erworben, aber das allein genügt nicht, um es der Beschwerdeführerin zu ermöglichen, eine leitende Tätigkeit in einem grösseren Gastronomiebetrieb auszuüben, bei der sie keine körperlich belastende oder ungeeignete Arbeiten mehr ausführen müsste. Im Gastgewerbe käme für sie also nur eine Tätigkeit im Service, in der Küche usw. in Frage. Diese Art von Arbeit entspricht aber nicht den Anforderungen, die eine der Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin gerecht werdende Tätigkeit erfüllen muss. Kann die Beschwerdeführerin ihre im Gastgewerbe gewonnene Berufserfahrung nicht umsetzen, so kommt als Invalidenkarriere mangels beruflicher Kenntnisse nur diejenige einer Hilfsarbeiterin in Frage. Hilfsarbeiten, die den gesundheitlichen Anforderungen entsprechen, werden in vielen Branchen ausgeübt. Deshalb kann zur Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens nicht auf den statistisch ermittelten Zentralwert der Löhne einer bestimmten Branche abgestellt werden. Massgebend ist vielmehr der Zentralwert der Löhne von Hilfsarbeiterinnen aller Branchen. Dieser hat im Jahr 2006 Fr 4019.- (vgl. die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Lohnstrukturerhebung 2006, Tabelle TA1), umgerechnet von 40 auf den schweizerischen Durchschnitt von 41,7 Wochenarbeitsstunden Fr. 4190.- bzw. Fr. 50'280.- betragen. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 37'710.-. Teilzeitbeschäftigte Hilfsarbeiterinnen erhalten einen unterproportional reduzierten Lohn, d.h. die Lohneinbusse ist geringer als die Reduktion des Beschäftigungsgrades. Bei einem Beschäftigungsgrad von 75% beträgt die Lohnreduktion nur 24% (vgl. die Lohnstrukturerhebung 2006 S. 16 Tabelle T2*). Diese Reduktion des Beschäftigungsgrades als Folge der Arbeitsunfähigkeit von 25% rechtfertigt also keinen zusätzlichen Abzug. Nun weist die Beschwerdeführerin aber gegenüber gesunden Konkurrentinnen für einen adaptierten Arbeitsplatz einen Nachteil



auf. Für einen potentiellen Arbeitgeber wäre ihre Anstellung nämlich mit der Gefahr erhöhter Lohnkosten verbunden. Die Beschwerdeführerin böte etwa das Risiko überdurchschnittlicher Krankheitsabsenzen, sie wäre weder in bezug auf die Tagesarbeitszeit noch in bezug auf den Arbeitsplatz flexibel, d.h. sie könnte nicht bei Bedarf Überstunden leisten und sie könnte auch nicht an einem für sie ungeeigneten Arbeitsplatz eingesetzt werden, solange eine Arbeitskollegin dort krankheitsbedingt abwesend wäre, und sie würde möglicherweise besondere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten oder der Kolleginnen benötigen. Diesen Nachteil müsste die Beschwerdeführerin mit einem unterdurchschnittlichen Lohn kompensieren, um konkurrenzfähig zu sein und ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten zu können. Deshalb ist der Betrag von Fr. 37'710.- weiter zu reduzieren, denn der statistisch ermittelte Zentralwert beruht ausschliesslich auf den von gesunden Hilfsarbeiterinnen erzielten Löhnen. Mit einem weiteren Abzug von 10% hat die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen korrekt ausgeübt, denn die Konkurrenz Nachteile der Beschwerdeführerin entsprechen trotz der Kombination von körperlicher und psychischer Beeinträchtigung dem Durchschnitt, der praxisgemäss einen Abzug von 10% rechtfertigt. Das Alter der Beschwerdeführerin ist dabei irrelevant, denn es ist zwar ein (hier irrelevanter) Nachteil bei der Stellensuche, aber kein Nachteil bei der Ausübung einer leichten, behinderungsangepassten Hilfsarbeit. Das zumutbare Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 33'940.-. Die Beschwerdeführerin hat ihre selbständige Tätigkeit als Gastwirtin aufgegeben. Schuld daran war nicht (zumindest nicht allein) die Gesundheitsbeeinträchtigung, sondern die Tatsache, dass die Wirtschaft nicht gewinnbringend geführt werden konnte. Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" weiterhin einer selbständigen Erwerbstätigkeit als Gastwirtin nachgegangen wäre. Sie hätte ihre Arbeitskraft nicht weiter im Gastgewerbe verwertet, da sie trotz ihrer Berufserfahrung als Folge der fehlenden Berufsausbildung in dieser Branche keine qualifizierte Stelle hätte finden können. Es ist nicht anzunehmen, dass sie im fiktiven "Gesundheitsfall" nach dem Ende des Pachtvertrages als Service- oder Küchenangestellte tätig gewesen wäre. Sie wäre vielmehr irgendeiner Hilfsarbeit nachgegangen, denn damit hätte sie mehr verdient als im eher tiefe Hilfsarbeiterlöhne ausrichtenden Gastgewerbe. Das bedeutet, dass auch das Valideneinkommen anhand des Zentralwerts 2006 der Löhne der



Hilfsarbeiterinnen zu bemessen ist. Es beläuft sich somit auf Fr. 50'280.-. Bei einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 33'940.- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'340.-. Das entspricht einem Invaliditätsgrad von 32%. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht einen Rentenanspruch verneint.

5.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat die gesamten Kosten zu bezahlen. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand. Der konkrete Aufwand bewegt sich im mittleren Rahmen und entspricht praxisgemäss einer Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. Diese ist durch den geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe gedeckt. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, hat sie keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-; diese ist durch den geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe gedeckt.